FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1959

THÈSE

N° 653

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

NICOLLET Pierre, Jean, Auguste
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Interne de L'Hôpital Saint-Joseph de Paris
né le 29 avril 1929
à Monthléry (S & O)

Présentée et soutenue publiquement le 1959

A PROPOS DES TRAITEMENTS CHIRURGICAUX ACTUELS de L'INCONTINENCE D'URINE ORTHOSTATIQUE CHEZ LA FEMME

PRESIDENT: Monsieur le Professeur FEY

PROFESSEUR DE CLINIQUE UROLOGIQUE
à
LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1959 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

NICOLLET Pierre Jean Auguste
Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS
Interne de l'Hôpital Saint Joseph de PARIS

né le 29 avril 1929
à Montlhéry (Seine et Oise)

Présentée et soutenue publiquement
le

A PROPOS DES TRAITEMENTS CHIRURGICAUX ACTUELS DE L'INCONTINENCE D'URINE ORTHOSTATIQUE CHEZ LA FEMME.

Président : M. le Professeur FEY
Professeur de Clinique Urologique
à la Faculté de Médecine de PARIS

R.UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550421_0012

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A), BENARD (H), BROCQ (P), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P), DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL (E), LHERMITTE (J), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), MULON (P), OLIVIER (E) RICHET (C), STROHL (A), TANON (L), VELTER (E).

DOYEN . . . . . Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
Clinique cardiologique (Beaujon)	SICARD (A)
Clinique cardiologique (Cochin)	QUENU (J)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu)	MENEGAUX (G)
Cliniques chirurgicales (Saint-Antoine)	GOSSET (J)
Cliniques chirurgicales (Salpétrière)	MOULONGUET (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLLAINES (F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G)

Clinique des maladies du système nerveux (Salpétrière) . . . . . ALAJOUANINE (T)
Cliniques médicales . . (Broussais . . . . GENNES (L. de)
(Cochin . . . . . JUSTIN BESANCON (L)
(Hôtel-Dieu . . . . BARIETY (M)
(Lariboisière . . . SOULIE (P)
(Pitié . . . . . DREYFUS (G)
(St-Antoine . . . . KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat) DERAY (C)
Clinique médicale propédeutique . . . . . PASTEUR-VALLERY-RADOT (L)
Clinique médico-sociale du diabète et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) . . . PETIT-DUTAILLIS (D)
Cliniques obstétricales. (Baudelocque . . . LACOMME (M)
(Port-Royal . . . N . .
(Tarnier . . . . . VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu . . . . RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) . . . . . AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades) . . . . . MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Lænnec) . . BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile (Salpétrière) MICHAUX (L)
Clinique de puériculture (St-Vincent de Paul) LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) . . . . . COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié) . . . . . DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) . . . . . SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine) . LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin) . . . . . FEY (B)
Electrophysiologie médicale (Chaire à titre personnel) . . . . . DJOURNO (A)
Embryologie . . . . . GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . N . .
Histologie . . . . . VERNE (J)
Hygiène des collectivités (Chaire à titre personnel) . . . . . DEPARIS (M)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) . . . . . TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive . . . . . JOANNON (P)
Médecine du Travail . . . . . DESOILLE (H)
Médecine légale . . . . . PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie . . . . . GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale . . . . . COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique . . . . . LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée . . . . . LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (Chaire à titre personnel) MERKLEN (F-P)
Pathologie médicale . . . . . N . . .
Pathologie et thérapeutique générales . . . . GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale . . . . . CHEYMOL (J)
Physiologie . . . . . BINET (L)
Physiologie (Chaire à titre personnel) . . . . BARGETON (D)

Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	PATEL (J)
Thérapeutique	BROUET (G)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C) COUINAUD (C) OLIVIER (G)	Orthopédie	JUDET (R) RAMADIER (J)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P) pr. s. ch. BUSSER (F) GOUYGOU (Ch) ORCEL (L) PAILLAS (J)	Oto-rhino-laryngologie Parasitologie	DEBAIN (J) BRUMPT (LC) Pr. s. Ch CHABAUD (A)
Anesthésiologie	VOURC'H (G)		BARCAT (J) BINET (J-P) CAUCHOIX (J) CHATELIN (C-L) DUBOST (Ch) DUBOST (Cl) FAUREL (J) FLABEAU (F) GERMAIN (A) LAURENCE (G) Agr. per. LORTAT-JACOB (L-L) LOYGUE (J) MERCADIER PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G)
Bactériologie	NEVOT (A) pr. s. ch. BARBIER (P) CHRISTOL (D) TOURNIER (P)		
Biochimie médicale	DESGREZ (P) pr. s. d. POLONOSKI (J) m. conf. SCHAPIRA (G) m. conf.	Pathologie chirurgicale	
Biologie médicale	BOURLIERE (F), m. conf.		
Carcinologie	DENOIX (P) MATHE (G)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B)		
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G)		CROSNIER (J) HARTMANN (L)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)	Pathologie expérimentale	LOEPER (J) MAURICE (J) PLAS (F) RICHET (G)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J)		
Histologie	COUJARD (B) pr. s. ch. MAROIS (M) BACADOT (J)		
Hydrologie	CORNET (A)		

Hygiène	BOYER (J) pr.s.sh. CORRE-HURST (Mme L)		AUSSANNAIRE (M) BOUR (H) BOUVIER (J) BOUVRAIN (Y) BRICAIRE (H) BRISSAUD (H) BORGARD (H) BUGE (A) CASTAIGNE (P) m.conf CATINAT (J) CONTAMIN (F) COURY (C) FREZAL (J) HOUSSET (E) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R) MACREZ (C) NICK (J) PEQUIGNOT (H) m.conf. ROYER (P) WOLFROMM (R)
Maladies infectieuses	BASTIN (R) DUPONT (V)		
Médecine légale	DEROBERT (L) pr.s.ch. HADENGUE (A) FOURNIER (E) GUENIOT (M)	Pathologie médicale	
Médecine du travail	ALBAHARY (C)		
Neuro-chirurgie	DAVID (M)		
Neurologie	LHERMITTE (F)		
Obstétrique	GRANJON (A) HERVET (E) LE LORIER (G) MORIN (P) MUSSET (R) ROBEY (M) THOYER-ROZAT (J)	Pneumo phtisiologie	KREIS (B)
		Psychiatrie	PICHOT (P)
Ophtalmologie	BREGEAT (P) SARAUX (H)	Psychiatrie infantile	DUCHE (D)
	JOSEPH (R) MANDE (R)	Rhumatologie	DELBARRE (F)
Pédiatrie-Puériculture	MOZZICONACCI (P) PCLONOVSKI (C) ROSSIER (A)		CERNEA (P) CHAPUT (Mme A) m.c.ag. GRELLET (M)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J) pr.s.ch. BOISSIER (J) LECHAT (P)	Thérapeutique	CHASSAGNE (P) LAMOTTE (M)
		Urologie	QUENU (L)
Physiologie	PARROT (J) pr.s.ch. DEJOURS		
Physique médicale	GOUGEROT (L) m.conf.		

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM		MM
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P) AMELINE (A) HUGUIER (J) LEGER (L) OLIVIER (C) PADOVANI (P) POILLEUX (F) ROUX (M) VERNE (J.M.)	Clinique neuro-rhumatologique	SEZE (S. de) GRASSET (J) LEPAGE (F)
		Clinique obstétricale	MAYER (M) MERGER (R) RAVINA (J)

Clinique médicale	HAGUENEAU (J) pr.s.ch. BOUDIN (G) CONTE (M) DOMART (A) MILLIEZ (P) PERRAULT (M) RAMBERT (P) THIEFFRY (S) TURIAF (J)	Clinique ophtalmologie	DESVIGNES (P) OFFRET (G)
		Clinique oto-rhino laryngologique	MADURO (R)
		Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R)
		Clinique psychiatrique	BARUK (H)
		Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale . . . . . ETTORI (J) pr.à.t.pers.
Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté . . M. LENA (J)
Secrétaire . . . . . Mme BEURLAND (H)
Mlle CHAINTREUIL (H)
Mlle HORE (A)

Conservateur, chargé de la Direction de la Bibliothèque : M. le Docteur HAHN (A)
Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P)
GOICHON (A-M)

Bibliothécaires : Mme CONTET (J), Mlles LAURENT (H)
LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

o

o o

Clinique médicale	HAGUENEAU (J) pr.s.ch. BOUDIN (G) CONTE (M) DOMART (A) MILLIEZ (P) PERRAULT (M) RAMBERT (P) THIEFFRY (S) TURIAF (J)	Clinique ophtalmologie	DESVIGNES (P) OFFRET (G)
		Clinique oto-rhino laryngologique	MADURO (R)
		Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R)
		Clinique psychiatrique	BARUK (H)
		Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale . . . . . ETTORI (J) pr.à.t.pers.
Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté . . M. LENA (J)
Secrétaire . . . . . Mme BEURLAND (H)
Mlle CHAINTREUIL (H)
Mlle HORE (A)

Conservateur, chargé de la Direction de la Bibliothèque : M. le Docteur HAHN (A)
Conservateurs . . . . . : Mlles DUMAITRE (P)
GOICHON (A-M)

Bibliothécaires : Mme CONTET (J), Mlles LAURENT (H)
LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

o

o o

et A mon PERE
A ma MERE

En témoignage de ma très grande affection
pour tous les sacrifices qu'ils ont consentis
au cours de mes études

A mon Frère
A ma soeur et mon beau-frère

A mon Président de Thèse

Monsieur le PROFESSEUR FEY
Professeur de Clinique Urologique à la
Faculté de Médecine de PARIS
Membre de l'Académie de Chirurgie

qui m'a fait le grand honneur de bien
vouloir présider cette thèse

Avec mes remerciements respectueux.

A Monsieur le Docteur BORDAS
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph
Chef du Service d'Urologie

En témoignage de toute ma reconnaissance
pour l'enseignement qu'il m'a donné et pour
l'aide qu'il m'a apportée dans ce travail

et

A Monsieur le Docteur CHEVILLOTTE
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

A qui je dois le sujet de cette thèse.
Avec l'expression de toute ma gratitude.

A mes Maîtres

EXTERNAT

Monsieur le Docteur BENARD René (+)
Monsieur le Professeur MENEGAUX (+)
Monsieur le Professeur Agrégé DUPERRAT
Monsieur le Professeur Agrégé PERRAULT
Monsieur le Professeur Agrégé SOULIE
Monsieur le Professeur Agrégé DEBRAY Charles

INTERNAT DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

Monsieur le Docteur ROBERT P.E.
Monsieur le Docteur THEILLIER
Monsieur le Docteur BORDAS
Monsieur le Docteur OBERTHUR

Ils m'ont appris beaucoup
Ils m'ont souvent aidé.

Qu'ils trouvent ici la marque de
ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur DEBOST

A Monsieur le Docteur ROBERT J.P.

A Monsieur le Docteur BEDOUELLE

qui m'ont si souvent et
si gentiment conseillé.

INTRODUCTION

L'incontinence d'urines orthostatique chez la femme a toujours posé au chirurgien un difficile problème thérapeutique car elle réclame une intervention quasi parfaite dont l'efficacité est directement contrôlable par la malade.

C'est dire la multiplicité des procédés proposés dont aucun n'est totalement parfait, tous ayant à leur passif un certain pourcentage d'échecs.

Si nombre de ces méthodes sont à peu près tombées dans l'oubli on peut malgré tout affirmer qu'à l'heure actuelle le chirurgien dispose de quelques interventions simples, de suites bénignes et de fidélité appréciable, interventions visant essentiellement à soulever et soutenir le col vésical à sa place physiologique.

Le but de cette étude est d'envisager dans le détail les techniques adoptées actuellement par la majorité des chirurgiens avec leurs avantages et leurs inconvénients tout en apportant notre statistique personnelle hospitalière (Hôp. St. Joseph)

Cette statistique portera essentiellement sur des malades ayant subi des cervico cystopexies, intervention couramment pratiquée dans nos services avec des résultats très encourageants.

o
o o

DEFINITION

L'incontinence orthostatique est celle des malades ayant une vessie pratiquement saine se vidant à peu près normalement par action volontaire mais incapables de retenir une partie plus ou moins importante du contenu vésical lorsqu'elles passent à la position debout ou au moindre effort musculaire.

Suivant l'importance de la perte des urines on peut classer l'incontinence en 3 degrés : (ABOULKER)

1º degré : incontinence légère : apparition à la station debout ou à l'occasion d'un effort, du rire, de la toux, d'un éternuement.

2º degré : incontinence au moindre effort même très modéré.

3º degré : incontinence au moindre effort apparaissant même dans le décubitus.

Ainsi, ennui mineur d'abord, l'incontinence peut se transformer en une véritable infirmité obligeant les patientes à se garnir et renoncer à leurs activités.

o
o o

PHYSIO-PATHOLOGIE

La continence est assurée:

1º) par un sphincter lisse au niveau du col vésical - système autonome
2º) par des fibres musculaires striées sans systématisation sphinctérienne ni au niveau du col, ni au niveau de l'urèthre.

En revanche le col est embrassé dans une nappe de tissu conjonctif élastique dense le reliant en avant à la symphyse pubienne. Cette nappe solide recouvre l'aponévrose supérieure des muscles releveurs et ischio-coccygiens et c'est probablement par l'intermédiaire de ces adhérences que s'exerce l'action des muscles du diaphragme périnéal sur l'appareil vésical.

Pour assurer la continence volontaire on admet que la contraction musculaire attire le col vers la symphyse pubienne, plie l'urèthre en une courbe à concavité antérieure qui s'applique au bord inférieur de la symphyse.

Ceci ne peut se réaliser que si le col vésical est haut situé. Si la sangle musculo-conjonctive relachée ne le soutient plus efficacement le col vésical s'abaisse au moindre effort, l'urèthre se redresse dans le prolongement du trigone vésical et l'incontinence à l'effort se produit.

Au total : l'incontinence d'effort est la conséquence d'une insuffisance fonctionnelle du sphincter interne de l'urèthre à la suite d'un manque de soutien par les tissus fibreux et musculaires qui l'environnent et dont les principaux sont:
le fascia vésico vaginal, le ligament pubo-uréthral et les muscles releveurs de l'anus dans leur partie pubo-coccygienne.

Plus accessoirement pour expliquer l'incontinence:

ALDRIDGE et STUDFORD : incriminent la détérioration de l'innervation vésicale consécutive à des interventions obstétricales.

RICHER : admet une anomalie du système neuro-musculaire de la vessie.

KENNEDY: attribue l'incontinence à des adhérences post-opératoires entre symphyse pubienne et col de la vessie.

HUFFMANN -MEYER- et ZINZER: font intervenir dans les lois traumatiques du sphincter vésical, des ligaments de l'urèthre et un relachement notable du tissu conjonctif péri-urèthral et péri-vésical au cours du travail.

EVERETT : incrimine des troubles de la pression intra vésicale

pour STOEKEL : l'incontinence peut apparaître
soit à la suite de lésion du sphincter interne et externe,
soit par tiraillement de l'urèthre consécutivement à un prolapsus avec colpocèle antérieure et postérieure.

Mais le prolapsus ne s'accompagne pas nécessairement d'incontinence. L'apparition de la lésion résulte semble-t-il du déplacement de la vessie et de l'urèthre à la suite de traumatismes surtout obstétricaux.

Enfin d'après les conclusions de HOFFMANN, DEEHL, WALTER HUNDLEY, LOUROS YASKARELIS, les troubles urinaires peuvent trouver leur fondement dans l'anomalie biocatalytique qui influence d'une manière fâcheuse le tonus neuro-musculaire de la vessie.

ETIOLOGIE

Nous avons vu que l'incontinence était attribuable à l'insuffisance fonctionnelle du sphincter vésical due à un manque de soutien par l'ensemble des tissus fibro-musculaires. Ce manque de soutien peut-être dû:

1º) Au traumatisme obstétrical admis par la majorité des auteurs. L'incontinence se présente le plus souvent comme la conséquence plus ou moins lointaine d'un ou plusieurs accouchements sans que ceux-ci aient été forcément laborieux ou dystociques.
SZENDI ainsi que DELINOTTE notent que l'incontinence est rencontrée plus souvent chez les multipares que les primipares.

2º) A un développement insuffisant ou a l'atrophie du tissu conjonctif.

3º) A une aplasie congénitale spécialement chez la jeune fille. Il s'agit d'une insuffisance de développement voire absence de sphincter associé ou non à une aplasie de l'urèthre.

4º) Hypotonie sphinctérienne des femmes âgées, troubles du tonus sphinctérien dans le cadre d'une hypotonie sénile générale des tissus.

5º) Enfin notons le rôle:
- d'une influence endocrinienne possible évoquée par les incontinences rythmées par le cycle génital les incontinences apparaissent à la ménopause après Hystérectomie ou castration.
Justifiant les essais de traitement médical par les cestrogènes.
- de l'avitaminose E.

o

o o

ETUDE CLINIQUE

La malade vient consulter pour des troubles univoques: elle perd ses urines à l'effort, en position debout, à propos d'un rire, d'un éternuement, de la toux.

Le reste du temps et notamment en position couchée ou assise la continence est en règle parfaite.

Cependant nous avons vu que tous les degrés peuvent se voir. Quoi qu'il en soit

L'Interrogatoire précisera :

- l'âge
- les circonstances d'apparition
  - passé obstétrical : nombre d'accouchements, forceps
    déchirures
  - influence des règles
  - passé gynécologique
- le caractère orthostatique de l'incontinence
- l'influence des efforts et leur type

quoique ce caractère net au début puisse s'atténuer jusqu'aux efforts les plus minimes
et ce pouvant aller jusqu'à l'incontinence continue apparaissant à la simple station debout.

L'examen debout, couché en position gynécologique :

- le palper éliminera aisément la fausse incontinence par régorgement d'une stagnation vésicale en vérifiant l'absence de globe vésical.
-
- l'examen attentif du périnée Y a-t-il une cystocèle, une rectocèle associées ?

- examen au spéculum éliminera la fistule vésico vaginale, un abouchement anormal de l'urèthre.

- le cathétérisme de l'urèthre vérifie la qualité des urines :
  - claires
  - troubles ? recherche du pus, des BK, des microbes
  explorer la tonicité du sphincter en règle altérée on ne sent aucun ressaut au passage d'une sonde.

- une épreuve supplémentaire simple consiste à pousser une seringue de liquide dans la vessie et faire tousser la malade. En observant le méat, on note l'issue du liquide en jet ou quelques gouttes.

- un examen neurologique complet reste nécessaire à seule fin d'éliminer : une affection médullaire
  un tabès
  au besoin un examen radiologique de la colonne lombaire sera demandé.

- une cystoscopie examen simple sera pratiquée qui ne révèle aucune lésion particulière sinon le peu de sensibilité de la muqueuse urétrale et l'atonie du sphincter vésical.

Les autres examens :

Cystographie, urétrographie, prise des pressions vésicales sont rarement indiquées.
Une urographie intra-veineuse sera demandée si on soupçonne un uretère anormal.

Au terme :

on aura éliminé :

- les mictions impérieuses dues à une cystite.
- les fausses incontinences lorsqu'il existe un réservoir d'emprunt (urethrocèle, uretère à abouchement ectopique)
- les mictions par régorgement.

et l'on pourra isoler 2 catégories de malades:

- les unes : en règle des nullipares en particulier des jeunes filles dont la statique périnéale est intacte et qui présentent des incontinences pures.

- les autres : multipares dont l'incontinence apparaît comme la conséquence plus ou moins lointaine d'un accouchement et est associée à un prolapsus génital plus ou moins important mais indiscutable.

  Il faut remarquer à ce propos que ce ne sont pas les plus grosses cystocèles ni les prolapsus totaux qui provoquent le plus d'incontinence.

CONDUITE THERAPEUTIQUE

Les méthodes décrites, et les procédés employés pour traiter l'incontinence ont été très nombreux, cette multiplicité même faisant la preuve de leur relative efficacité.

Nous dirons d'abord quelques mots au sujet

DES TRAITEMENTS NON OPERATOIRES DE L'INCONTINENCE

Citons pour mémoire :
- les injections épidurales
- les injections de paraffine autour de l'urèthre
- les injections sclérosantes péri-urètrales. A leur propos il convient de signaler quelques améliorations passagères n'ayant pas excédé 2 à 3 ans.

Plus intéressants ont paru:
- le traitement hormonal par les oestrogènes
- la vitamine E (500 mmg)
- la gymnastique sphinctérienne

KEGEL préconise les exercices du plancher pelvien qui donnent des résultats parfois inespérés en cas d'incontinence peu sévère chez les femmes non ménopausées désirant encore une grossesse.

Ce sont des exercices des releveurs (20 minutes 3 fois par jour pendant 3 mois) pour les hypertrophier afin qu'ils servent de soutien périnéal.

Le contrôle de l'efficacité de la méthode se fait par voie digitale vaginale. De toute façon ces exercices constituent une excellente préparation à l'intervention.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'INCONTINENCE

C'est là un sujet essentiel de cette étude. Une cinquantaine de procédés ont été décrits, la plupart ne sont que des variantes presque toutes basées sur le même

PRINCIPE

- refaire l'angle existant naturellement entre l'urèthre et la paroi inférieure de la vessie

- pour cela:
  - Soit fournir un support au col vésical et à l'urèthre par en dessous
  - Soit les suspendre d'une façon ou d'une autre par en haut
  - les voies d'accès étant (vaginales
    (rétro pubiennes
    (ou une combinaison des deux

METHODES

Multiples, elles sont à envisager sous plusieurs rubriques.

1º - les URETHROPLASTIES

I º) Soit interventions directes sur l'urèthre

Elles sont à citer que ce soit
- la torsion de l'urèthre
- la torsion avec plicature longitudinale de la paroi supérieure
- la torsion avec réabouchement sous clitoridien
- le cerclage aréthral juxta méatique au crin
- la création dans la lumière de l'urèthre d'un éperon artificiel
- l'excision particlle de l'urèthre
- l'excision de la face postétieure ou antérieure du col vésical et de l'urèthre postérieur par voie extra ou intra vésicalee
- la réfection du sphincter par voie trans vésicale

2º) Soit réfection de l'urèthre postérieur et du col.

par plicature transversale des tissus péri urèthraux et péri cervicaux.

C'est le principe de l'intervention de MARION avec ses trois temps opératoires principaux :

- décollement du vagin de la région urèthro-vésicale par voie véginale
- reconstitution du sphincter vésical par plicature du col vésical et de l'urèthre aux fils non résorbables. Le premier fil est placé en arrière du col et évitera d'être perforant. Les autres sont placés au-dessous en prenant largement les tissus péri-urèthraux.
- suture du lambeau vaginal

Cette méthode bénigne simple et rapide n'est pas exempte des critiques puisqu'inopérante dans près de 1/4 des cas. Ces mauvais résultats se voient surtout chez des femmes à statique périnéale indemne. De toute façon cette intervention est un excellent complément d'une opération plus complète.

KENNEDY a amélioré la technique de MARION en isolant plusieurs plans. Il insiste en outre sur la nécessité de libérer l'urèthre du pubis avec lequel il aurait souvent contracté des adhérences.

3º) Soit interposition dans la paroi urèthro-vaginale

- d'un coussinet graisseux
- d'un matériel artificiel
  plaques de tantale, de nylon

CERNOCH (Gynaecologia, juin 1957)

associe cette interposition à une suspension du col
" Le septum urètre vésico vaginal est renforcé par un filet de fibres artificielles.
La base de la vessie est soulevée par la fixation de ce filet à la gaine des droits par l'intermédiaire de fils artificiels passés par l'espace pré vésical".

II- les PLASTIES - MUSCULAIRES

L'opération princeps appartient à GOEBELL-STOKEL-FRANCENHEIM. Ces auteurs espéraient fournir à l'urèthre un tissu musculaire actif, en plaçant autour du col vésical un lambeau de muscle muni de son pédicule vasculo nerveux prélevé sur un des grands droits. - le tout destiné à faire fonction de sphincter vésical.

En réalité L. MICHON a montré que ce tissu musculaire mal irrigué se transformait rapidement en tissu conjonctif et qu'il était illusoire d'escompter une action purement contractile

D'autres muscles ont été utilisés.
Citons : le droit interne
le droit antérieur
le grand fessier
l'adducteur
2 muscles périnéaux : le releveur de l'anus : FRANZ
les bulbo caverneux : MARTIUS
paraissent plus intéressants. S'ils sont suffisants, ils peuvent en effet renforcer un MARION par exemple.

III - le SOUTENEMENT DU COL VESICAL

Dans le cadre nous ne ferons que rappeler les méthodes qui pour soutenir le col vésical ont recours à l'interposition ou la fixation d'organes de voisinage que ce soit :

- l'interposition vésico vaginale de l'utérus (SCHAUTA-WERTHEIM) valable chez la femme ménopausée
- l'interposition du col utérin dans la fente des releveurs
- l'Hystéropexie enfin agissant indirectement sur le col vésical.

A l'heure actuelle le but des diverses techniques employées par la majorité des chirurgiens français compte tenu de leurs préférences individuelles est univoque :

Il s'agit de suspendre, de soulever le col vésical pour refaire l'angle existant naturellement entre l'urèthre et la paroi inférieure de la vessie.

Cette suspension peut être assurée

1º) Directement par du matériel non résorbable:
fils de lin nylon ou soie fixant la face antérieure du col à la face postérieure de la symphyse pubienne.

C'est la méthode décrite initialement par PERRIN

2º) Par une ou plusieurs bandelettes aponévrotiques passées en arrière du col.

A ces méthodes se rattachent les noms de L. MICHON, MILLIN, ALDRIGE.

3º) Par greffe morte passée en cravate sous le col.
DELINOTTE utilisa d'abord :
- le tendon de veau
- puis un lambeau cutané
- enfin plus récemment un crino-ruban

Envisageons dans le détail ces différents procédés.

1º) FIXATION DIRECTE ou CYSTO-CERVICOPEXIE

C'est le procédé auquel nous sommes demeurés fidèles et qui est l'objet de la statistique présentée à la fin de cette étude.

Présentée en 1945 par PERRIN à la Société de Chirurgie de Lyon et à la Société Française d'Urologie, cette technique consiste à fixer le col vésical au périoste de la face postérieure de la symphyse pubienne et la partie antérieure basse de la vessie à l'insertion pelvienne des muscles droits par des fils non résorbables.

Technique - Malade ou léger Trandelenbourg

- Incision médiane sous ombilicale
- Aborder la cavité de Retzius en refoulant le cul de sac péritonéal à la compresse et
- Dégager la paroi antérieure de la vessie jusqu'au niveau du col vésical où le doigt peut sentir le relief du pavillon de la sonde de Pezzer préalablement placée dans la vessie.
- Ceci fait amarrage de la face antérieure du col et de la partie immédiatement sus-jacente de la vessie à l'aide de 3 ou 4 fils de lin étagés en hauteur sur 4 à 5 cm.

Ces points doivent être faufilés sans perforer la muqueuse

- fixation de ces fils

soit au plan fibreux rétro pubien ce qui est rarement possible,
soit plus volontiers aux insertions aponévrotiques des muscles,
Grands droits au ras de la symphyse pubienne.

- les fils sont liés en allant de bas en haut ce qui attire vessie et col et les plaques contre la paroi abdominale basse.

Avantages -

Opération facile
bénigne car extra-péritonéale
fidèle car rétablit sûrement et simplement la coudure angulaire de l'axe urèthral et de l'axe vésical, coudure dont la disparition était précisement la cause de l'incontinence.

Enfin il s'agit d'une opération pouvant s'appliquer au cas où l'incontinence est associée à telle ou telle lésion pelvi abdominale justiciable de la laparotomie et qu'il sera parfaitement aisé de traiter dans le même temps opératoire : que ce soit l'extirpation d'un fibrome utérin, une résection de trompes malades, d'une ligamentopexie, un kyste de l'ovaire ou une cure d'éventration. Suivant la nature de l'intervention envisagée on peut utiliser :

soit la laparotomie médiane
soit l'incision transversale basse de Pfannenstiel

et commencer indifféremment par l'opération intra péritonéale ou l'opération de PERRIN.

Quelques incidents à signaler:

- Hématomes suppurés
- ouverture possible de la vessie
- fistules toujours guéries spontanément
- cystite persistant quelque temps
- enfin fixation trop haute de la vessie génératrice de lendemain douloureux

Variante de LEGER - Complique l'intervention sans l'améliorer.

- Dégagement rétro-pubien du col de l'urèthre
- Un fil de lin charge le tissu péri-vaginal au contact du col et un peu de la paroi cervico-urèthrale antéro-latérale
- Pose d'un fil analogue du côté opposé
- Deux autres points sont faufilés dans la paroi vésicale antérieure.
- Taille de part et d'autre de la ligne médiane aux dépens de la gaine des droits d'une languette de 1 cm de large sur 3 cm de long à pédicule inférieur pubien.
- Le bout supérieur de chaque bandelette est rabattu et solidarisé avec le fil urèthro vaginal du même côté.

On réalise ainsi un amarrage aponévrotique du col au bord supérieur du pubis.

- Les fils vésicaux sont passés à travers la gaine des droits noués.

MARSHALL - MARCHETTI et KRANTZ

emploient une technique analogue à celle de PERRIN

- Dégagement par voie sus pubienne du col et de l'origine de l'urèthre
- Passage de 2 à 3 points latéro-urèthraux dans la paroi vaginale
- antérieure pour amener la plus grande quantité possible de tissus en arrière du pubis
- Un point est placé au niveau du col
- Fixation comme dans le Perrin au cartilage de la symphyse et à l'origine des droits

MARZIALE

décrit 20 cas opérés selon cette méthode dans la clinique obstétricale et gynécologique de l'Université de Rome et a obtenu:

16 guérisons complètes
3 améliorations sensibles
1 échec

2º) SUSPENSION APONEVROTIQUE DU COL VESICAL.

Opération de L. MICHON

Inspirée de l'opération de Goebbel Stockel elle consiste à substituer au lambeau musculaire enroulé autour du col un lambeau aponévrotique prélevé sur la gaine du grand droit.

Opération complexe car utilise une voie combinée vagino-hypogastrique.

Technique

1er temps : vaginal

- position gynécologique - sonde de Pezzer dans la vessie
- Incision transversale de la muqueuse vaginale à 2 cm en avant du col repéré par le chapeau de la sonde
- Décollement de la muqueuse et libération du col très poussée sur ses faces latérales. Les extrémités d'une compresse saupoudrée de sulfamides sont introduites aussi loin que possible de chaque côté de la vessie : Repérage de la compresse par une pince.

2ème temps : abdominal

- Incision médiale ombilico pubienne
- Taille d'une bandelette aponévrotique de 15 cm de long sur 1,5 cm de large aux dépens de la gaine du grand droit gauche
- Terminaison de la libération cervicale. On retrouve la compresse précédemment placée qui est alors retirée par voie vaginale
- Enroulement de la bandelette autour du col. Grâce à un clamp très courbe introduit de gauche à droite dans le décollement

sous urèthro cervical on attire la bandelette sous le col et l'urèthre jusqu'au grand droit du côté droit
- Tension de la bandelette qui doit soulever le col sans le serrer
- Fixation de son extrémité à travers le muscle droit du côté droit et son aponévrose un fil de lin la fixe également au bord interne de la gaine du grand droit gauche
- Fermeture de l'incision abdominale
- Quelques points sur la muqueuse vaginale

Variante d'ALDRIDGE

- Intervention analogue de transplantations aponévrotiques
- Incision de Pfannenstiel
- Taille de 2 bandelettes dans l'aponévrose du grand oblique qui sont passées à travers les grands droits à 3 ou 4 cm au-dessus du pubis
- Temps vaginal : suture de ces bandelettes à la vessie

ALDRIDGE y associe volontiers un capitonnage sous urèthre cervical à la Marion.

MILLIN (1ère manière)

- Le principe reste le même mais l'auteur n'utilise que la voie abdominale
- Taille de 2 bandelettes aponévrotiques restant pédiculées en continuité avec l'aponévrose du grand oblique
- Ouverture de l'espace rétro pubien
- Dégagement de l'urèthre et du col vésical à l'aide d'une compresse montée et du dissecteur.
  Séparation du col et du vagin parfois difficile
- Passage sous le col des 2 bandelettes qui se croisent
- Traction sur ces bandelettes modérée mais suffisante pour relever le col
- Suture des 2 bandelettes entre elles par des points au nylon

Avantages.

L'opération de MICHON a pour elle sa fidélité mais elle demeure complexe.

Inconvénients.

Qui se retrouvent dans les variantes d'ALDRIGE et de MILLIN

- longueur, difficulté de réalisation
- hématomes suppurés péri vésicaux fréquents pouvant entraîner l'élimination de la bandelette aponévrotique
- fistules servico vaginales tardives
- rétentions chroniques post-opératoires
- Déficience pariétale au niveau des muscles grands droits. due au prélèvement des bandelettes pouvant entraîner des éventrations.

ABOULKER : a publié une statistique de 40 cas opérés (de 1951 à 1956) selon la technique de L. MICHON et a noté:

- Complications post-opératoires

  - pariétales : 7 hématomes
  - veineuses : 2 phlébotromboses
    1 embolie
  - urinaires : rétention : 19 cas (traction trop marquée de la bandelette)
    fistule : 1 cas

- Résultats éloignés après un an au moins

guérisons complètes	30
améliorations	8
échecs	2

Malgré tout cette intervention reste relativement complexe.

Aussi DELINOTTE a-t-il imaginé une suspension simplifiée du col par

3º) GREFFE MORTE

En 1947 DELINOTTE utilisa d'abord une anse de tendon de veau mort né mais la rigidité et le défaut d'élasticité de ce matériel l'amenèrent à employer un lambeau de peau plus souple et malléable , puis un crino ruban inextensible.

Technique.

Après désinfection soigneuse du vagin et antibiothérapie pré opératoire mise en position gynécologique

- Prélèvement du lambeau cutané.
  Incision de 10 cm légèrement concave en haut dans la région pileuse. Lambeau découpé sur le bord supérieur de l'incision, dégraissé et dédoublé.

- Temps vaginal.
  Sonde de Pezzer dans la vessie - Pavillon juste au-dessus du col.
  Incision transversale un peu en avant du relief du pavillon légèrement arciforme à concavité postérieure allant latéralement jusqu'à la paroi latérale du vagin.
  Décollement vésico-vaginal s'arrêtant en arrière au niveau du col vésical
  Libération des faces latérales du col vésical :
  Ciseaux courbes introduits à l'union face latérale du col et parties molles voisines.
  l'extrémité des ciseaux est dirigée très en dehors

vers les releveurs pour ne pas risquer de blesser la vessie.
Ce clivage latéro-cervical permet de percevoir la résistance de l'aponévrose pelvienne. Après l'avoir dépassée la libération du col est terminée.

Manoeuvre identique du côté opposé

Mise en place de la grande pince courbe poussée dans le décollement

Celle-ci saille sous l'aponévrose dans l'incision cutanée à quelques centimètres de la ligne médiane.

Boutonnière au bistouri sur cette saillie.

La pince attire le lambeau cutané par un fil tracteur.

Grâce à une manoeuvre analogue du côté opposé le lambeau cravate la face inférieure du col vésical.

Ses deux extrémités sortent en haut par les orifices aponévrotiques.

La face cutanée du lambeau doit être appliquée contre le col.

- Tension et fixation du lambeau.
  La tension exercée doit être relativement forte à cause de l'élasticité de la peau.
  Les extrémités du lambeau sont unies entre elles et à l'aponévrose par des fils non résorbables.
- Fermeture de l'incision vaginale
  Mèche dans le vagin
  Fermeture de la peau

Avantages.

Intervention simple
rapide
bénigne
voie vaginale d'où avantage chez la femme grasse
cicatrice transversale basse esthétique.

Inconvénients.

blessure vésicale
hématomes
Rétention : En ce cas dilatation douce de l'urèthre aux bougies de HEGAR.

DELINOTTE obtient 80% de succès par cette méthode.

Les causes majeures d'échecs sont dues:

- au défaut de serrage
- à la mauvaise situation du lambeau et à son élasticité entrainant un rëlâchement secondaire

C'est pourquoi DELINOTTE préfère actuellement au lambeau de peau le crino ruban absolument inextensible qu'il place selon la même technique.

Ce ruban artificiel large de 1 cm 1/2 environ, de texture très fine est fixé par quelques points sous le col de la vessie pour l'étaler et empêcher ainsi son rétrécissement sur lui-même. En effet ce rétrécissement serait facteur de rétention voire de blessure ou section de la vessie au niveau du col.

MILLIN (2ème manière)

A décrit une technique voisine caractérisée par le passage sous pubien d'une bandelette de fascia lata prélevée au fasciotome.
L'auto greffe a une intégration infiniment supérieure dans les tissus de l'opéré. La bandelette peut se retrouver des années après (MARTINET)

IV - Pour être complet il convient de mentionner:

1º) les travaux de NARATH
qui prône un procédé opératoire à 2 équipes

- Une équipe gynécologique et une équipe urologique travaillent en même temps par voie vaginale et par voie sus-pubienne.

d'après l'auteur les avantages de cette méthode sont multiples :

- Mise en évidence anatomique excellente
Combinaison de la plastie transvaginale du plancher vésical à la fixation supra pubienne rétro symphysaire de l'urèthre postérieur et du col vésical.
- La plastie vaginale antérieure et en cas de nécessité postérieure sont faites en même temps
- Si elle est nécessaire l'hystérectomie vaginale peut également être exécutée.
- La durée de l'intervention est réduite

Les résultats seraient satisfaisants sur un recul de 3 ans.

2º) N. LOUROS et D. KASKARELIS ont décrit en mai 1958

un nouveau procédé opératoire

D'après les auteurs l'anomalie topographique de l'urèthre et du col vésical cause de l'incontinence peut être corrigée non pas en essayant de les consolider par voie basse mais par traction en haut après laparotomie du pli péritonéal vésico utérin et sa suture sur la face postérieure de l'utérus.

Par ce procédé on redresse l'urèthre et on corrige sa flexion sans omettre, fait de grande importance, de reconstituer entre lui et le corps de la vessie l'angle normal qui disparait lorsqu'il y a incontinence.

Technique.

- Ligamentopexie selon DOLERIS-BUM ramène l'utérus en haut et en avant
- Pli vésico utérin attiré vers le haut et suturé sur la partie inférieure de la face postérieure de l'utérus
- L'intervention pourrait être complétée si besoin par colpopérinéorraphie antérieure ou postérieure.

Cette intervention restituerait à l'urèthre et au col leur place physiologique.

Les auteurs présentent une statistique de 42 cas d'incontinence opérés selon cette méthode et font état de 3 échecs (83% de succès)

o

o o

CONDUITE A TENIR

Rest maintenant à envisager quelle conduite tenir en présence d'une incontinence.

Parmi les multiples procédés cités et décrits nous avons pu constater que le chirurgien dispose à l'heure actuelle de quelques interventions efficaces que ce soit par voie haute ou basse.

Les indications thérapeutiques varient avec des facteurs:

d'ordre général: âge, obésité, tares organiques ...
et d'ordre local: état des tissus, lésion associée ...
Enfin il faut considérer les caractères de l'incontinence
les circonstances de son apparition
et surtout s'il existe ou non un
prolapsus associé

EN PRINCIPE

I - Les Incontinences d'effort mineures sans prolapsus important ne seront pas opérées.

Si l'incontinence apparait influencée par le rythme menstruel une thérapeutique hormonale peut être tentée.

II - On songera à opérer les cas où l'incontinence est importante chez des malades à état général satisfaisant.

Quelle intervention proposer alors ?

Pour notre part la conduite à tenir varie selon que l'incontinence accompagne ou non un prolapsus.

1º) Incontinence avec prolapsus .
C'est le cas le plus fréquent.

- Généralement la cure correcte du prolapsus suffit à guérir l'incontinence.

Le temps capital est de procéder à un refoulement complet de la vessie vers le haut et de la maintenir ainsi par une solide reconstitution du plancher sous vésical.

La réfection du périnée postérieur est obligatoire.
S'il nous le semble nécessaire on adjoint volontiers à la périnéorraphie un MARION.

De nombreuses malades ont été ainsi opérées :
- périnéorraphies antérieure et postérieure associées à une intervention de MARION avec de bons résultats :
disparition quasi totale de l'incontinence
miction et urines normales.

- Si l'incontinence persiste malgré la cure du prolapsus ou si son importance est telle qu'elle semble ne pas devoir céder à la cure simple du prolapsus on associera à la réfection du périnée une cystocervicopexie.

15 de nos malades ont ainsi subi :
une périnéorraphie et une cystocervicopexie
soit dans le même temps (10)
soit dans des temps différents (5)
Les résultats ont été satisfaisants
par d'échec total
12 guérisons
3 améliorations nettes

- Le docteur CHEVILLOTTE chez 5 de ses malades ayant des périnées très déficients et une incontinence importante a pratiqué d'emblée l'intervention de DELINOTTE (suspension du col par lambeau cutané) associée à une périnéorraphie postérieure.

avec :

2 résultats excellents : au dire de ces malades leur vie a été transformée car leur état urinaire est devenu parfait.
3 améliorations très nettes : fréquence des mictions très diminuée : encore quelque gouttes à l'effort.
Quelques incidents mineurs post opératoires =

rétention passagère : 4 jours
poussées de cystite (ont cédé au Rufol)

2º) Incontinence isolée.

Ce sont des vierges, des nullipares ou des multipares qui présentent des incontinences pures c'est-à-dire sans lésions apparentes du plancher vésical et a fortiori sans prolapsus véritable.

C'est ici que l'intervention de PERRIN nous semble particulièrement indiquée.

Nous avons réuni 40 observations de malades souffrant d'incontinence sans prolapsus ou avec cystocèle modérée.
Ces malades ont été opérées pour la majorité dans le service du Docteur BORDAS (Hop. St. Joseph)
Quelques cas appartiennent au Docteur CHEVILLOTTE.
Ces interventions s'échelonnent de 1955 à 1958.
Les malades ont été revues à nos consultations ou ont reçu un questionnaire détaillé qu'elles nous ont retourné.

Ces malades ont subi une cystocervicopexie:
fixation antérieure de la vessie (3 à 5 points au lin, soie ou nylon) rétro symphysaire ou à la partie basse des grands droits.

2 malades ont subi un PERRIN LEGER sans résultat notablement supérieur aux autres.

Quelques incidents post opératoires qui se répartissent ainsi:

- petites fistules hypogastriques= 1 cas
- abcès de paroi = 2 cas

- éventration post opératoire = 2 cas
  (leur cure a été faite depuis)
- phlébites des membres inférieurs 3 cas
  (ont cédé au traitement anticoagulant)
- phénomènes douloureux post opératoires = 1 cas
  (dus à des points perforants fixés trop haut sur la paroi abdominale antérieure)
- cystite (colibacille surtout) = 6 cas
  traitée par Rufol
  puis association Gravural-Ultraphos-Bifidigène
- pollakiurie diurne passagère

Résultats :

Echec : un seul échec quasi total chez une malade de 49 ans. Association ultérieure d'une hystéropexie sans résultat notable.

Résultats médiocres : deux
dont un résultat douloureux dû à une fixation trop haute de la vessie.
Cette malade a été réopérée 3 mois après : découverte de petits abcès au niveau des fils qui de plus perforaient la vessie.
Bonne cicatrisation. Améliorée depuis.

Résultats corrects : 37

c'est-à-dire guérison de l'incontinence.
Disparition de l'incontinence d'effort.
Fréquence des mictions diurnes = 4 à 5
Pas ou 1 miction nocturne
Mictions normales.

Au total cette méthode semble donc très satisfaisante et les résultats encourageants.

CONCLUSION

L'incontinence d'urines orthostatique ou d'effort chez la femme se rencontre dans l'immense majorité des cas chez des primipares ou des multipares, c'est-à-dire des femmes ayant subi un ou plusieurs traumatismes obstétricaux sur lequel nous insisterons encore :

Outre la distension des tissus de soutien du col provoquée par le passage de la tête foetale, celle-ci écrase le col contre la symphyse et peut amener la thrombose des artères irrigant vessie et col. Au maximum cette thrombose aboutit à la formation d'une escarre dont la chute pourra occasionner une fistule vésico-vaginale. Mais dans la plupart des cas elle entraîne une névrose des fibres musculaires du sphincter vésical et sa sclérose ultérieure.

L'examen clinique fait en règle facilement la preuve de l'incontinence : perte des urines au rire, à la toux, à l'effort

Examen complet : sondage ramène des urines claires stériles

examen au spéculum
cystoscopie
urographie intra-veineuse à l'affut d'anomalies éventuelles

Au terme : on aura éliminé :

la cystite où les urines sont troubles et la femme éprouve l'envie impérieuse d'uriner sans pouvoir se retenir. La femme incontinente perd ses urines sans avoir envie d'uriner.

La fistule vésico-vaginale éliminée au spéculum

Enfin toujours penser à la possibilité de l'abouchement extra-vésical d'un uretère surnuméraire, surtout lorsque la femme n'a pas eu d'enfant. Il peut exister un ou deux reins doubles, l'urètère l'hémirein supérieur s'abouchant en dehors de la vessie. Cet uretère rétréci à son abouchement peut se dilater de façon énorme. Il se remplit, la femme étant couchée et se vide lorsqu'elle passe à la station debout.
La femme se "mouille" malgré le sondage par l'orifice uréthral : en effet l'examen attentif montre le méat accessoire au-dessous du méat normal.
L'urographie peut être parfois trompeuse montrant un calice supérieur absent.

LE TRAITEMENT.

1º) Médical : à ne pas négliger car donne un résultat une fois sur trois.
Nous en retiendrons:
la vitamine E associée au phosphore et à la Strychnine au besoin
la gymnastique vésicale et sphinctérienne
le traitement faradique
le traitement hormonal enfin

2º) Chirurgical : parmi les quelques cinquante techniques décrites nous en retiendrons seulement quatre:

1º - l'opération de MARION
à ne pas employer seule.
La réserver aux incontinences légères et à associer toutes les fois que nécessaire à la colpopénéorraphie.

2º - L'opération de PERRIN
que nous pratiquons couramment avec de très bons résultats.
Intervention simple, pouvant être employée dans tous les cas, de suites faciles. plus particulièrement indiquée dans les cas d'incontinence pure où la voie vaginale est bien souvent impraticable.

3º)- l'opération de Louis-MICHON
A pour elle sa fidélité mais reste relativement complexe.
Elle semble à réserver aux cas ayant subi une autre intervention sans succès.
Indiquée chez la femme maigre à bonne paroi. En effet la taille du lambeau aponévrotique aux dépens des grands droits prédispose aux éventrations ultérieures.

4º) -l'opération de DELINOTTE
Commode dans les cas où la femme est grasse et la paroi abdominale déficiente.

Au total, le chirurgien a actuellement le choix entre plusieurs procédés soit de fixation soit de soutien du col vésical qui tous peuvent faire état à l'heure actuelle de 80% de succès au moins.

VU
LE DOYEN
L. BINET

LE PRESIDENT DE THESE
B. FEY

VU
et PERMIS D'IMPRIMER
le RECTEUR
DE L'ACADEMIE DE PARIS
J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE (de 1952 à 1958)

ABOULKER. P. et HENRY C. - Résultats du traitement de l'incontinence d'urines à l'effort chez la femme par l'opération de Goebell-Stoeckel. - Mém. acad. Chir., 4-11 juin 1958

ADLER U. et NICK J. - L'importance de la tonométrie et de l'urèthro-cystographie dans l'incontinence fonctionnelle d'urine . - Gynaecologia, oct. 1958.

ARENAS N. et FOIX A. - Notre conduite et nos résultats dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme. - VIe Congrès d'Urologie, Mar del Plata, 2-7 déc. 1956.

ARENAS N. et FOIX A. - Valeur de l'urèthrocystographie dans le diagnostic et le traitement de l'incontinence d'urine d'effort chez la femme. - An. Brasil. Gin., déc. 1957

AUSTIN R.C., DAMSTRA E.F. et PERKINS N.C. - Etiologie et traitement de l'incontinence d'effort chez la femme. - Arch. Surg., av. 1957.

BARCELOS O.N. (de). - Incontinence urinaire d'effort chez la femme. - Rev. brasil. Cir., nov. 1956.

BAUER K. - Le traitement opératoire du prolapsus génital et de l'incontinence d'urines chez la femme. - Zbl. Gyn. 24 nov. 1956.

BESSERER G. - Une complication du traitement combiné par opération et "dondren" de l'incontinence d'urines chez la femme. -Zbl. Gyn., 24 nov. 1956.

BERKHOW S.G. - Traitement de l'incontinence d'urines orthostatique chez la femme par la fixation para-urèthrale. - "Iconographia Chirurgica".

BERRI H.D. et coll. - L'incontinence d'urines chez la femme. - VIe Congrès d'Urologie, Mar del Plata, 2-7 déc. 1956.

BISQUERTT J. et VELASQUEZ V. - L'incontinence d'urines chez la femme, - VIe Congrès d'Urologie, Mar del Plata, 2-7 déc. 1956.

BRACHT E. - Une nouvelle méthode de la plastique à bride (Zugel-plastick) pour remédier à l'incontinence des femmes. - Gynec. prat., 1957.

CERNOCH A. - Le traitement de l'incontinence d'urines chez la femme à l'aide d'un tissu réticulé artificiel (Silon). - Gynaecologia, juin 1957.

CHALIER A. - La cervico-cystopexie dans l'incontinence orthostatique d'urines (opération d'Emile Perrin) et son association avec d'autres opérations abdominales. - Gynec. prat., 1958.

CHALNOT P., MICHON J. et GROSDIDIER J. - La cervicocystopexie et ses résultats. - Lyon chir. mai 1957.

CIBERT J. et PUGEAT H. - Incontinence d'urines. - Encl. Med. Chir., Rein, fas. 18.2.250 A 10 (-2-1957).

COSTA A.G. et AIMO M.A. - Trois cas d'opération de Million dans l'incontinence d'urines chez la femme. - VIe Congrès d'Urologie, Mar del Plata. 2-7 déc. 1956.

COUNSELLER V. et SYMMONDS R.E. - Suspension vésico-urèthrale pour l'incontinence urinaire d'effort. Am. J. Obst. Gyn., mars 1958.

DELINOTTE P. - L'incontinence d'urine chez la femme et son traitement. - Gynaecologia, oct. 1958.

DELINOTTE P., GURLY R. et POUYAUD P. - Incontinence d'urine orthostatique chez la femme. Suspension simplifiée du col vésical par voie vaginale. - Urologia internat., 1956.

DURANDO A.C., MANNARA J. et SKALEJ H.E. - Plan d'étude de la femme avec incontinence d'urine. - VIe Congrès d'Urologie, Mar del Plata, 2-7 déc. 1956.

DURANDO A.C., MANNARA J. et SKALEJ H.E. - Le traitement de l'incontinence d'urine chez la femme. - VIe Congrès d'Urologie, Mar del Plata 2-7 déc. 1956.

ERCOLE R. - L'incontinence d'urine chez la femme. - VIe Congrès d'Urologie, Mar del Plata, 2-7 déc. 1956.

FOIX A. et ARENAS N. - Valeur de l'urèthrocystographie dans l'incontinence urinaire d'effort chez la femme. - VIe Congrès d'Urologie, Mar del Plata, 2-7 déc. 1956.

GITSCH E. et BRANDSTETTEN F. - Progrès dans le traitement médicamenteux de l'incontinence fonctionnelle d'urine chez la femme. - Arch. g. Gyn., 1957.

GITSCH E. et BRANDSTETTER F. - Valeur de quelques méthodes de traitement conservateur de l'incontinence fonctionnelle d'urines. - Zbl. Gyn. 26 mai 1956.

GOINARD P., PEGULLO J. et BUTORI P. - Sur les incontinences urinaires à l'effort chez la femme. -Mém. Acad. Chir., 5 fév. 1958.

GOODWIN J.C. - Le procédé de la suspension en fronde du muscle ischiocaverneux pour le traitement de l'incontinence d'urine chez la femme. - Am. J. Obst. Gyn., janvier 1953.

GORIA V. -L'incontinence d'urine chez la femme. Notre expérience avec divers matériaux chirurgicaux. - VIe Congrès d'Urologie Mar del Plata, 2-7 déc. 1956.

HAJEK O. - Gymnastique pré et postopératoire du plancher pelvien en vue d'améliorer les résultats du traitement chirurgical de l'incontinence d'urine chez la femme. - Zbl. Gyn., 23 août 1958.

HARPER J.A., RUSSEL J.L. - Evaluation clinique de la lyse vésico-uréthrale pour le traitement de l'incontinence urinaire aiguë chez la femme. - AM. J. Obst. Gyn., déc. 1957.

HARTL H. - Progrès acquis dans le traitement de l'incontinence d'urine chez la femme. - Deutsche med. Wachr., 13 déc. 1957.

HELD E. - Remarques sur le traitement de l'incontinence d'urine chez la femme. - Gynaecologia, oct. 1958.

HIGGINSON A. - Opération de Lowsley avec utilisation de fascia lata. VIe. Congrès d'Urologie, Mar del Plata, 2-7 déc. 1956.

HODGKINSON C.P. - Rapports de l'urèthre et de la vessie dans l'incontinence d'urine chez la femme. - Am. J. Obst. Gyn., mars 1953.

INGELMAN-SUNDBERG A. - Une opération de suspension vaginale pour incontinence d'urine et pour les femmes qui ne peuvent utiliser un diaphragme pour prolapsus de la paroi vaginale antérieure.- J. Obst. Gyn. Brit; Emp., déc. 1957.

JAUPITRE E. - La faradisation du col vésical dans l'incontinence d'urine. - Rev. Méd. franc., mai 1955.

KASDON S.C. - Interposition de ligaments utérins après hystérectomie vaginale chez 100 malades avec incontinence d'urine, d'effort.- Am. J. Obst. Gyn., mai 1958.

KÄSER O. - L'opération de Marshall-Marchetti dans le traitement de l'incontinence d'urines. - Gynaecologia, Fév. 1953.

KASER O. - Méthodes opératoires de traitement de l'incontinence grave d'urine. - Gynaecologia, nov. 1956.

KASER O ET KAUFMANN P. - Le traitement de l'incontinence d'urine. - Gynaecologia, oct. 1958.

KAUFMANN P. - Diagnostic et traitement de l'incontinence fonctionnelle d'urine (fin). Gynaecologia, sept. 1957.

KAUFMANN P. - Diagnostic et traitement de l'incontinence d'urine chez la femme. - Praxis, 31 oct. 1957.

KOENEN F.E. et BREMER W. - L'opération pour incontinence d'urine chez la femme - Gebutsh. Frauenh., sept. 1954.

KREMLING H. - Aux limites de la gynécologie et de l'urologie IV. L'incontinence d'urine chez la femme. - Med. Klin., 5 déc. 1958.

LOUROS N. et KASKARELIS D. - Un nouveau procédé opératoire pour le traitement de l'incontinence d'urine chez la femme. - Rev. franc. Gyn. Obst. , mai 1958.

McLAREN H.C. - Hamac en fascia pour incontinence d'urine. J. Obst. Gyn. Brit. Emp., oct. 1957.

MARTINET R. - Introduction à la discussion sur l'"incontinence d'urine chez la femme et son traitement" . - Gynaecologia, oct. 1958.

MARZIALE P. - Traitement de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme, par la méthode de Marshall, Marchetti et Krantz.- Clin. Obst. Gin., av. 1956.

MULLER H. - Stress incontinence. Traitements opératoires et non opératoires. - Gynaecologia, nov. 1956.

MULVANY J.H. - Incontinence urinaire d'effort chez la femme. Son mécanisme et son traitement. - J. Obst. Gyn. Brit. Emp., août 1957.

MULVANY J.H. - La vésico-urèthrolyse pour incontinence d'urine chez la femme. - Surg. Gyn. Obst., octobre 1958.

NARATH P.A. - Proposition d'un procédé opératoire de traitement de l'incontinence relative chez la femme. - Urologia Internat., 1956.

NEUWEILLER W. et RUBELI P. - Contribution à la prophylaxie de l'incontinence d'urine, consécutive à l'accouchement. - Gynaecologia, fév. 1953.

NOYERS R.W. - L'incontinence urinaire d'effort chez la femme. Traitement par suspension urèthrovésicale rétropubienne. - California Med., août 1956.

OEHLERT G. - Diagnostic et traitement de l'incontinence d'urine chez la femme. - Ther. Gegenw., juil. 1958.

ORTIZ A., BLUMBERG A, et MOCELLINI ITURRALDE J.A. - Incontinence d'urine en tant que complication d'une symphysiotomie. - Rev. argent. Urol., nov. 1957.

PAOLA G. (di), TYMJANKER J. et TROCCOLI M. - L'opération de Marshall-Marchetti dans le traitement chirurgical de l'incontinence d'urine chez la femme. - VIe Congrès d'Urologie, Mar del Plata, 2-7 déc. 1956.

PAOLA G. (di) TYMJANKER J. et TROCCOLI M. - Traitement fonctionnel de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme. - VIe Congrès d'Urologie, Mar del Plata, 2-7 déc. 1956.

PAOLO G. (di) et TYMJANKER J. - Classification et étiopathogénie de l'incontinence d'urines chez la femme. - Semana méd., 27 juin 1957.

PIERROT W. - Opération pour incontinence à l'aide de muqueuse vaginale inversée. -Zbl. Gyn. 1953.

PUIGYERT A. - Suspension suspubienne du col de la vessie chez la femme - VIe Congrès d'Urologie, Mar del Plata, 2-7 déc. 1956.

PUSCARIU V. - La triple opération dans le traitement de l'incontinence d'urine à l'effort chez la femme. - J. Urologie, Janv. fév. 1958.

RIES J. - Interposition d'un lambeau musculaire de l'utérus, dans le traitement de l'incontinence relative d'urine. - Geburtsh. Frauenh janv. 1957.

RUITZ V. et USTARROZ E. - Contribution à l'incontinence d'urine chez la femme. - VIe Congrès d'Urologie, Mar del Plata, 2-7 déc. 1956.

RUTTE B. (von). - Introduction à la discussion sur l'"incontinence d'urine chez la femme et son traitement". - Gynaecologia, oct. 1958.

SABATIER G.R.A. - Les troubles vésicaux après les colpo-hystérectomies élargies à deux équipes. - Th_se Paris, 1953.

SANS P.A. et coll. - L'incontinence d'urine chez la femme. - VIe Congrès d'Urologie, Mar del Plata, 2-7 déc. 1956.

SCHIPPEL H. - Le traitement par infections transurèthrales dans l'incontinence chez la femme. - Zbl. Gyn., 16 mars 1957.

SCHOTT R. - Le traitement conservateur de l'incontinence d'urines chez la femme. - Zbl. Gyn. 24 nov. 1956.

SECHER E. - L'opération de Berkew-Burger dans le traitement de l'incontinence d'urine chez la femme. - Acta Obst. Gyn. scand., 1953.

SITKERY J. - Mécanisme pathologique et pathologie de l'incontinence fonctionnelle chez la femme. - Zschr. Urol., 1957.

STEARNS H.C. - Diagnostic et traitement de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme - Am. J. Surg., août 1958.

SZENDI Bl. et SEKANY Gy. - Plastie cylindrique de Kraatz pour le traitement opératoire de l'incontinence partielle d'urine chez la femme. - Zbl. Gyn., 24 nov. 1956.

TE LINDE R.W. - Les aspects urologiques de la gynécologie . - Rev. Gin. Obst., juil. 1957.

o

o o